

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

682

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 24 Juillet 1899, à 1 heure

Par M. GEORGES FOURRÉ

Ex-interne des Hôpitaux de Poitiers

Né à Niort (Deux-Sèvres), le 30 Juillet 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LYMPHANGITE GANGRENEUSE DU SCROTUM

EN PARTICULIER CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Président : M. TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. } LANNELONGUE, Professeur.
 } HUMBERT et POIRIER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

632

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 24 Juillet 1899, à 1 heure

Par M. GEORGES FOURRÉ

Ex-interne des Hôpitaux de Poitiers

Né à Niort (Deux-Sèvres), le 30 Juillet 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LYMPHANGITE GANGRENEUSE DU SCROTUM

EN PARTICULIER CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Président : M. TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. } LANNELONGUE, Professeur.
 } HUMBERT et POIRIER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1899

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		HUTINEL.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		N...
Clinique médicale.....		CHANTEMESSE.
Maladies des enfants.....		POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.....		GRANCHER.
Clinique ophthalmologique.....		JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		FOURNIER.
Cliniques d'accouchements.....		RAYMOND.
		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
		PANAS.
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLIS de la TOU-	MENÉTRIÉR.	WALLICH.
BROCA (AUG.).	RETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARPIN.	LANGLOIS.	SÉBILLEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DELBET.	LEGUEU.	THIERRY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Il y a quelques mois, dans le service de M. le Dr Brun, à l'Hôpital des Enfants-Malades, étaient traités presque simultanément deux nouveau-nés présentant les symptômes les plus nets de lymphangite gangreneuse du scrotum. Frappé par la similitude de l'évolution dans les deux cas, et aussi par la rareté de l'affection à cet âge, nous avons réuni ces observations qui ont été le point de départ de notre thèse.

Nous nous sommes proposé d'étudier la marche clinique particulièrement rapide et grave que revêt la lymphangite gangreneuse du scrotum chez le nouveau-né.

Toutefois nous avons cru utile de faire auparavant un pas en arrière dans l'histoire des gangrènes, dites foudroyantes, des organes génitaux externes de l'homme et, nous plaçant à un point de vue général, montrer une fois encore que ces gangrènes, revêtent toujours la même allure et peuvent toutes être rattachées au type, si bien tracé par M. Jalaguier, de la lymphangite à forme gangreneuse.

Avant de commencer ce travail, nous prions M. le Dr Brun d'accepter nos plus sincères remerciements pour avoir bien voulu nous confier les deux observations auxquelles nous faisons allusion plus haut.

Merci de tout cœur à son interne, notre excellent ami Louis Roche, qui a contribué à cette thèse en nous en inspirant l'idée et en nous donnant d'excellents conseils.

Merci également à M. Benoist, licencié ès-lettres, qui nous a traduit le document américain que l'on trouvera plus loin ; et à M. Ducaye, de l'Ecole des langues orientales vivantes, pour sa traduction de la brochure portugaise de Moncorvo.

Qu'il nous soit permis de témoigner notre plus vive reconnaissance aux maîtres qui ont dirigé nos études de médecine. Ce sont d'abord MM. les Professeurs de l'Ecole de Poitiers qui guidèrent nos premiers pas dans l'art médical. Puis les médecins des hôpitaux de Paris qui ont toujours montré tant de bienveillance à notre égard.

M. le Dr Tillaux et M. le Dr Brault, pendant notre passage dans leur service, nous ont particulièrement témoigné la plus grande sollicitude. Nous leur demandons d'accepter l'hommage de notre profonde gratitude.

M. le Professeur Tillaux nous a fait le plus grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse. Qu'il veuille agréer l'expression de nos remerciements les plus respectueux.

Sommaire.

Première partie. — Des rapports constants qu'il faut établir entre la gangrène, dite spontanée, des organes génitaux externes de l'homme et la lymphangite gangreneuse.

Deuxième partie. — De la lymphangite gangreneuse du scrotum chez le nouveau-né.

Conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

Jusqu'en 1880 la forme gangreneuse de la lymphangite ne constituait pas un type clinique nettement défini. Ce n'étaient que des faits épars où le sphacèle était inscrit au nombre des multiples complications angioleucitiques. Velpeau, Nélaton, Richet, Bourel-Roncières, Quinquaud avaient publié des observations se rapportant à ce sujet et inspiré plusieurs thèses.

C'est à M. Jalaguier que revient le mérite d'avoir précisé par douze observations nouvelles les notions vagues que l'on avait sur ce processus particulier de mortification, d'avoir créé en un mot la lymphangite gangreneuse.

Depuis la description magistrale qu'il en a donnée, de nouvelles observations se sont accumulées, qui n'ont fait qu'affirmer le tableau clinique primitivement tracé.

Voyons rapidement l'évolution de cette forme de la lymphangite.

Elle comprend deux phases : une phase inflammatoire et une phase de mortification du derme.

La première est relativement courte, parfois extrêmement rapide, comme nous aurons l'occasion de le constater tout à l'heure. C'est une lymphangite réticulaire aiguë d'allure normale, avec les mêmes plaques, les mêmes traînées rouges. Mais l'état général est le plus souvent disproportionné avec l'état local ; sa gravité s'annonce précoce ; ce sont des frissons, une température élevée, de l'abattement, et même du délire.

L'apparition des phlyctènes — qui très fréquentes ne sont pas absolument constantes — annonce la formation imminente de la gangrène. Ces petites bulles, remplies d'un liquide de couleur et de consistance très variables, se rompent aussi vite qu'elles s'étaient développées, laissant à nu des eschares généralement sèches soit de couleur foncée, soit d'un blanc absolument pur. L'examen de la sensibilité à l'aide d'une épingle démontre clairement la superficialité de la gangrène.

Deux modes généraux de terminaison semblent devoir être admis : ou bien le sphacèle se limite et se détache, ou bien c'est la formation secondaire d'un phlegmon diffus, complication qui entraîne souvent une issue fatale.

Telle est, en deux mots, la symptomatologie de la lymphangite gangreneuse. Toutefois il est un point de son histoire qui nous semble devoir être repris.

En effet la rapidité, si extraordinaire parfois, de la période inflammatoire, rapidité à laquelle nous faisons allusion plus haut, a été la raison d'une confusion qui a fait trop souvent méconnaître l'existence, pourtant incontestable, de cette variété de lymphangite. Nous vou-

lons dire ces mortifications presque subites qui frappent, comme s'ils étaient un lieu d'élection, les organes génitaux externes du sexe masculin.

La gangrène foudroyante, essentielle, des organes génitaux, en tant que type clinique nettement défini, est de date relativement récente. Jusqu'en 1884 on ne trouve à son sujet que des idées confuses émises avec réserve, sans preuves sérieuses.

En 1849, Moulinié, professeur à la Faculté de Bordeaux, décrit, dans un Traité des maladies des organes génito-urinaires, une gangrène essentielle et spontanée de la verge, qu'il appelle pénétiis gangreneux et qu'il considère comme spéciale à la vieillesse.

Vers 1861, Vidal, M. Richet, interne de Monod, publient quelques observations de gangrène envahissant spontanément la verge. C'est à peine si M. Rondo, en 1880, dans sa thèse d'agrégation sur les gangrènes spontanées, mentionne les gangrènes essentielles en question.

En somme celles-ci n'étaient signalées que d'une façon hypothétique et pas encore nettement différenciées de cette gangrène sénile qui frappe la verge par oblitération artério-scléreuse de ses artères, quand, en 1884, Lallemand publia sa thèse d'après les données que lui avait fournies M. le Professeur Fournier et sortit de l'obscurité qui l'entourait « la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme ».

Or cette forme spéciale de gangrène apporte avec elle, avons-nous dit, un principe d'erreur qui trop sou-

vent masque sa nature exacte et voile sa véritable origine. C'est la rapidité avec laquelle apparaissent si fréquemment les eschares.

L'évolution du sphacèle en effet est parfois si subite, si rapide, qu'on serait tenté au premier abord de lui accorder le caractère de la spontanéité. « Gangrène foudroyante » disait Verncuil ; « gangrène spontanée » a dit M. Fournier par la voix de son élève Lallemant.

En réalité ce caractère de spontanéité, elle ne l'a pas ; il n'est qu'apparent. Et nous croyons interpréter l'immense majorité des opinions, en affirmant que ces sortes d'affections des organes génitaux sont pour la plupart des lymphangites gangreneuses.

Lorsque la mortification a été précédée, comme cela se rencontre, par une rougeur et un gonflement d'allures franchement angioleucitiques, le diagnostic ne souffre aucune difficulté ; il y a évidence.

Mais quand au contraire la plaque de sphacèle s'étale au milieu de tissus sains, brusquement, sans prodromes appréciables, alors les symptômes initiaux de la lymphangite aiguë réticulaire passent aisément inaperçus. La phase inflammatoire a été si prompte, qu'elle a évolué dans le sens de la gangrène, sans même avoir été soupçonnée.

Nous trouvons dans la thèse même de Lallemant deux observations fort intéressantes, qui vont nous montrer combien ne sont pas exagérées les difficultés de diagnostic que nous soulevons.

*Observation communiquée par le Dr MÉRICAMP
à M. le Professeur FOURNIER.*

En 1881, un jeune homme fut pris tout à coup de gangrène, qui envahit rapidement tout le prépuce. Limitée avec le thermocautère, elle se répara facilement et ne prit pas une plus grande extension.

Ce jeune homme n'avait aucun chancre, pas d'éruption herpétique ; on ne pouvait invoquer aucun traumatisme ; et le malade qui était de bonne foi n'accusait aucune manœuvre, de quelque ordre que ce fût. Il n'y avait aucune lésion urétrale, ni *lymphangite gangreneuse*.

Il n'était pas diabétique, ses urines examinées alors étaient irréprochables ; seulement il offrait tous les symptômes d'une affection du cœur (insuffisance aortique), palpitations avec hypertrophie ; le tracé sphymographique était caractéristique. Il était obligé d'interrompre son service de temps en temps. Au niveau de la verge on sentait à la main des pulsations artérielles.

En raison de la soudaineté de l'apparition du sphacèle et de la rapidité de la marche des symptômes de l'affection du cœur, on pensa qu'on était en présence d'une embolie qui avait déterminé une gangrène du prépuce. Mais ne pourrait-on pas le rapporter à une cause infectieuse.

*Résumé d'une observation de VERNEUIL communiquée
à M. le Professeur FOURNIER.*

Il s'agit d'un jeune homme de 24 à 25 ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé antérieure et qui était d'une constitution robuste. Il entra dans le service de M. le Professeur Verneuil pour une gangrène occupant la moitié antérieure de la verge, sur-

venue *sans cause connue*, et s'étant accentuée en deux ou trois jours. Le malade, à son entrée à l'hôpital, avait une fièvre intense, et éprouvait de vives douleurs.

A ce moment la gangrène paraissait limitée, mais le sillon d'élimination n'était pas encore tracé d'une manière bien nette.

Le pansement avec la solution phéniquée à 2/100, sous forme de pulvérisations et d'enveloppements dans des compresses imbibées d'un même liquide, amenèrent un soulagement rapide.

La réparation de la partie sphacélée se fit en moins de 15 jours, et la cicatrisation eut lieu rapidement.

L'examen le plus attentif, tant au point de vue des causes locales que des causes générales, l'interrogation la plus minutieuse ne purent faire découvrir quelle pouvait être la cause de cette gangrène, à début si prompt et à marche si rapide.

En lisant ces deux observations, et d'ailleurs dans presque toutes celles qui se trouvent recueillies soit dans la thèse où nous les empruntons, soit dans celle de Taurin, publiée sur le même sujet (1), on est frappé de la rareté, pour ne pas dire de l'absence de toute description se rapportant franchement à la phase lymphangitique de l'évolution gangréneuse. Il est vraiment étonnant que ce processus inflammatoire, dont on ne peut pas nier l'existence, puisse passer si souvent inaperçu et soit si rarement consigné.

Tout au plus signale-t-on parfois quelques trainées de lymphangite, comme une complication secondaire sans importance aucune. C'est ce qu'on lit dans l'observation suivante, relevée dans la thèse de Taurin précédemment citée.

(1) Thèse de Paris, 1889. Contribution à l'étude de la lymphangite gangréneuse du pénis.

*Observation communiquée par le D^r CELLIER, chirurgien
de l'Hôtel-Dieu. LAVAL.*

Eugène C..., âgé de 16 ans 1/2 habite la ville depuis deux mois; il est employé de commerce. Il a, le 12 août 1882, pratiqué son premier et unique coït avec une femme de 40 ans, ayant eu plusieurs enfants; pas d'étroitesse à invoquer, pas de phimosis congénital.

Le 16 août ce garçon vient me montrer une banalite très légère qui ne le gêne pas, mais qui inquiète sa candeur de novice.

Le 20, il est pris de frissons, de vomissements; le prépuce est violacé, douloureux, modérément gonflé.

Je le fais entrer à l'hôpital dans mon service, et le soir il est pris d'une effroyable hémorrhagie, qui me paraît venir du prépuce et qui résiste à tous les moyens hémostatiques possibles dans la circonstance.

Ce garçon a une excellente constitution, il n'est ni alcoolique, ni diabétique. Le 21, la gangrène apparaissait franchement, *avec des traînées de lymphangite* allant jusqu'au pubis; et le 23, d'un coup de ciseaux, je détachais tout le gland complètement gangrené, suivant une ligne oblique, de bas en haut, parallèle au sillon préputial. Je fais une incision sur le dos du prépuce qui s'entamait également, et j'appliquais le pansement de Lister.

En quatorze jours la suppuration consécutive s'est tarie; et la cicatrisation, aidée et dirigée par le nitrate d'argent, s'est définitivement établie.

L'hémorrhagie m'a fait penser à un thrombus artériel, déterminant de l'endarterite et une perforation artérielle intéressant très probablement l'artère dorsale de la verge. Mais cette hémorrhagie me paraît insuffisante pour expliquer la gangrène rapide et étendue qui l'a suivie.

Les quelques observations que nous venons de citer remontent à une quinzaine d'années à peu près. A cette époque, les notions précises sur la lymphangite gangreneuse pouvaient ne pas avoir encore pris dans la médecine la place définitive qu'elles doivent occuper; la thèse de M. Jalaguier ne remonte en effet qu'à 1880.

Mais aujourd'hui les hésitations ne doivent plus exister.

Les gangrènes des organes génitaux externes de l'homme, qu'on les appelle spontanées ou foudroyantes comme on voudra, doivent être considérées pour la plupart, sinon toutes, comme des lymphangites gangreneuses, chez lesquelles la phase inflammatoire est plus ou moins brève ou plus ou moins persistante. En un mot nous devons attribuer non pas à la gangrène mais à la lymphangite cette allure tellement surprenante, que la cause passant inaperçue, c'est la résultante, autrement dit le sphacèle qui revêt un caractère de spontanéité qu'il n'a pas.

Nous ne voulons pas quitter le point de vue général auquel nous nous sommes placé, et aborder l'étude de nos deux lymphangites scrotales gangreneuses chez des nouveau-nés, sans citer deux observations recueillies l'une en France, l'autre à New-York.

Ce sont deux gangrènes du scrotum qui nous intéressent pour une double raison. D'abord elles confirment notre manière de voir au sujet de la rapide évolution de la phase inflammatoire précédant le processus gangreneux. Ensuite, elles touchent à cette vieille question, si longtemps discutée, de l'identité réelle ou non de la lymphangite et de l'érysipèle.

Observation extraite d'une leçon clinique de GOSSELIN (1).

C'est un homme de 42 ans, se disant ingénieur ; il est alcoolique. Bien qu'il ne soit pas glycosurique, il était atteint, depuis deux ou trois ans déjà, d'un eczéma du scrotum donnant lieu à de très vives démangeaisons ; quand, il y a huit jours, il fut pris tout à coup d'un mouvement fébrile assez intense, et constata que son scrotum était devenu rouge et tuméfié.

Comment les choses se sont-elles passées ensuite, le malade l'ignore ; toujours est-il que, dix jours plus tard, lorsqu'il entra à l'hôpital, la peau des bourses était modifiée dans une étendue considérable.

Voici en effet ce qu'il présentait à ce moment. On constatait d'abord une eschare énorme, molle, grisâtre, sans odeur bien appréciable, occupant presque toute l'étendue du scrotum, et ayant détruit la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'à l'enveloppe fibreuse du testicule qui paraissait intacte.

Il existait de plus une rougeur assez vive, disparaissant par la pression du doigt, très douloureuse à la fois au toucher et spontanément, s'étendant dans toute cette partie inférieure droite de la paroi abdominale, qui correspond au cordon inguinal ; c'est-à-dire qu'elle s'étendait de la ligne médiane jusqu'au-dessus et même en dehors de l'épine iliaque antérieure et supérieure, dans le sens horizontal, et que, verticalement, elle envahissait la paroi abdominale dans une étendue de trois à quatre centimètres. Celle-ci formait en outre, dans la partie malade, une procidence assez marquée qui, au premier abord, aurait pu faire penser à une tuméfaction de cette région du ventre ; mais, comme il n'y avait pas d'empatement, comme le doigt ne laissait aucune empreinte à ce niveau, et qu'il était possible de refouler les tissus

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1879, p. 131.

aussi facilement que du côté opposé, on ne pouvait croire qu'il s'agissait là d'un phlegmon sous-cutané ou interstitiel de cette partie de l'abdomen.

Chose remarquable, il n'y avait aucune rougeur appréciable du scrotum dans la partie très restreinte qui, en avant, avait été respectée par l'eschare.

Enfin, avec ces phénomènes locaux, il existait un état fébrile assez intense, mais qui paraît être aujourd'hui un peu moins prononcé que les jours précédents ; car la température qui, hier, s'élevait à 39°2, est tombée ce matin à 37°7 ; et le pouls, qui oscillait entre 96 et 160 pulsations par minute, est descendu actuellement à 84.

Quant à l'état général, il était satisfaisant.

Observation publiée par le Dr W. ALLEN, de New-York (1)

Le sujet en question est un pêcheur d'huîtres, âgé de 34 ans, qui fut admis à l'hôpital de la Cité de New-York le 15 mars 1893.

Dans ses antécédents personnels et en particulier dans son histoire vénérienne, nous trouvons une blennorrhagie contractée huit ans auparavant, et un chancre, suivi d'un bubon suppurant, un mois environ avant son admission.

Huit jours avant d'être mis en observation, étant en état d'ivresse — état d'ailleurs coutumier chez lui — il ressentit une vive douleur dans la région du scrotum ; douleur qui lui vint, croit-il, après avoir soulevé un objet pesant.

La région fut bientôt le siège d'une rougeur et d'un gonflement considérables ; ce gonflement de plus en plus douloureux

(1) Journal of cutan. and génito-urin. diseases, février 1894.

atteignait en quatre jours des dimensions qu'il ne devait plus dépasser.

Le cinquième jour une plaque noire apparut sur la partie la plus basse de la tumeur scrotale ; et la zone de mortification s'élargissant lentement en avant et aussi en arrière vers le périnée, finit par envahir les trois quarts au moins de l'organe. La douleur persista tant que durèrent les progrès de la gangrène.

Le malade dit n'avoir ressenti ni frissons ni fièvre. Mais il fut longtemps sous l'influence de l'alcool, aussi ne faut-il pas ajouter beaucoup de foi à ce qu'il raconte.

A l'examen, le scrotum est aussi volumineux qu'une noix de coco ; il a l'aspect d'une tumeur piriforme. Il est recouvert en grande partie d'une peau sphacélée, de couleur cendrée, noire par endroits, marquant une tendance évidente à se séparer par un sillon limitatif de la partie supérieure, encore intacte, du scrotum. Cette dernière portion toutefois donne au toucher, comme d'ailleurs tout l'organe, une sensation emphysémateuse des plus nettes.

De la tumeur entière se dégage une odeur horriblement fétide.

A l'aîne gauche une surface granulée, d'un pouce de diamètre environ, marque la trace du bubon. Cette plaie ouverte, qui ne forme ni saillie ni cavité par rapport à la peau saine environnante, attire les regards par sa couleur rouge brique toute particulière.

L'état général est bon et réellement meilleur qu'on était en droit de l'espérer. Les différentes fonctions sont très peu troublées ; dans les urines aucune trace d'albumine ni de sucre.

On applique sur les parties malades de la poudre de charbon et de la poudre d'iodoforme mélangées.

En trois jours les tissus sphacelés se séparent et s'éliminent complètement, laissant à nu et pendants les deux testicules. En arrière une frange saine de peau scrotale demeure le long du périnée. En avant toutes les tuniques ont disparu jusqu'à la hauteur de la jonction du scrotum et du pénis. La partie restée

intacte à gauche et en avant est tellement rétractée que les bourses n'existent pour ainsi dire plus.

Sous l'influence de pansements d'aristol, de lotions tièdes antiseptiques et d'un appareil de suspension, des bourgeons de bonne nature se développent rapidement et les testicules commencent bientôt à disparaître derrière la peau scrotale, qui — grâce aux quelques fragments de tissus échappés à la gangrène — se répare peu à peu. Egalemeut sous l'influence de l'aristol, l'ulcère de l'aine est maintenant entièrement cicatrisé.

Vers le 10 avril des portions du scrotum en voie de formation contractent des adhérences avec la face externe du testicule droit, tout en laissant libre la majeure partie. Je dissèque alors les parties adhérentes, je libère les bords de chaque côté et j'essaye de les rapprocher, sans pouvoir cependant les faire se rencontrer. Je les maintiens le plus près possible l'un de l'autre à l'aide de fortes sutures. Cinq jours après je les enlevais et la réunion était parfaite.

Une petite zone toutefois restait granulée vers le centre des bourses ; la guérison en fut rapide, et le malade était congédié six semaines après son admission.

Les testicules étaient libres, sans adhérence aucune, à l'intérieur du scrotum. Ils manquaient un peu de fermeté, mais j'ai la conviction que le patient s'en retourna dans le monde homme parmi les hommes.

Les deux observations que nous venons de rapporter ne sont pas, comme on l'a vu, sans présenter entre elles de nombreuses analogies. Les interprétations de chacun des auteurs méritent d'être comparées.

D'abord l'opinion de Gosselin :

« Quel est donc, dit-il, cet ensemble de phénomènes ? Comment l'appellerons-nous ? La maladie du scrotum

n'est évidemment autre chose qu'une gangrène de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, s'étendant jusqu'à la tunique fibreuse du testicule. Quant à la rougeur, c'est une rougeur érysipélateuse, il n'y a pas à en douter, car cet homme a eu de la fièvre au début ; et, à défaut de frisson, il a éprouvé un état de malaise très sérieux. »

Et Gosselin, discutant en détail le diagnostic de l'affection de son malade, rappelle avoir fait connaître à l'article Erysipèle du Nouveau Dictionnaire de médecine, une forme d'érysipèle gangreneux spéciale, dans laquelle, aussitôt que la peau commence à devenir rouge, hyperémiee, immédiatement la gangrène arrive, et cela « *avec une rapidité telle, que l'on n'a même pas le temps de voir l'érysipèle.* »

Cette dernière réflexion nous la soulignons intentionnellement, car elle vient confirmer — avant la lettre, pourrions-nous dire — l'opinion précédemment émise au sujet des gangrènes foudroyantes. Quant au diagnostic de gangrène érysipélateuse, il est évidemment erroné. Gosselin, d'ailleurs, a soin de dire que l'érysipèle ne se présente pas sous sa forme classique. Il ne constate pas de grand frisson et ne fait aucune mention du bourrelet caractéristique. C'est évidemment une lymphangite gangreneuse du scrotum des plus nettes dont il est question.

Du reste, rappelons-nous cette phrase de M. Jalaquier, qu'il écrivait juste un an après la leçon de clinique de Gosselin : « Quelle que soit la région du corps sur laquelle une lymphangite prenne naissance, elle

pourra sans nul doute devenir gangreneuse, et il ne nous répugnerait pas d'admettre que bon nombre des érysipèles gangreneux du scrotum, des paupières..., etc.... ne sont au fond que des lymphangites ». Elle confirme pleinement ce que nous venons de dire.

L'interprétation de la seconde observation nous paraît approcher la vérité de plus près, sans toutefois l'atteindre.

« L'érysipèle, dit W. Allen, est une maladie assez fréquente au scrotum. Il est susceptible d'être suivi d'une gangrène due au peu d'épaisseur de la peau et à la grande laxité du tissu cellulaire. C'est donc vraisemblablement dans l'érysipèle qu'il faut voir l'origine des nombreux cas obscurs dans lesquels on n'a pas pu découvrir la cause de la gangrène. »

Mais, fait-il remarquer, bien que dans le cas présent les conditions fussent favorables au développement de l'érysipèle, rien dans le récit du patient, ne porta son diagnostic de ce côté. Et pourtant, écartant soigneusement toute hypothèse d'infiltration urineuse et de troubles trophiques, l'infection microbienne lui semble évidente. Il met donc en cause le *streptococcus erysipelatus* et envisage « la possibilité pour ces bactéries saprophytiques de trouver dans l'ulcère de l'aîne gauche les conditions nécessaires pour devenir pathogènes » et d'acquérir par leur pénétration dans ce tissu morbide le pouvoir de produire la gangrène.

Cette explication complexe, publiée comme on sait en 1894, n'est pas sans nous causer quelque surprise.

Il est fort vraisemblable d'admettre en effet que nous

nous trouvons encore en présence d'un cas de lymphangite gangreneuse du scrotum, avec cette fois une porte d'entrée évidente, le bubon inguinal.

La présence possible du streptococcus érysipelatus n'est pas incompatible avec une telle hypothèse, qu'un nouvel examen du malade dans ce sens nous aurait, à coup sûr, transformé en certitude. Avec les éléments qu'apporte M. W. Allen, soit dans l'observation, soit dans la discussion, il n'avait semble-t-il, qu'un mot à dire pour toucher la vérité du doigt. Car la nature du microbe ne doit-être désormais qu'une question secondaire dans le diagnostic d'une lymphangite quelconque. Tous les agents d'infection, que ce soient staphylocoques, streptocoques ou autres, peuvent en expliquer la pathogénie.

« Il n'y a pas une lymphangite, a dit M. Lejars, mais des lymphangites. »

DEUXIÈME PARTIE

Il nous a été impossible, malgré de studieuses recherches, de trouver dans la littérature médicale aucun fait, aucune observation se rapportant à l'étude de la lymphangite gangreneuse chez le nouveau-né. Certains accidents infectieux périombilicaux ont peut-être quelques rapports lointains avec l'affection qui nous occupe. Mais les dissemblances sont vraiment trop évidentes pour insister davantage.

Ce sont deux enfants nouveau-nés, atteints tous deux de gangrène du scrotum, consécutive à une lymphangite qui avait primitivement débuté à la partie supéro-interne des cuisses. Même début, même marche, mêmes complications dans les deux cas, avec cette différence toutefois que le premier enfant échappait à la mort — à grand peine, il faut le dire — tandis que le second succombait rapidement.

L'absence de publications sur la lymphangite gangreneuse du nouveau-né nous invite à conclure que cette affection est peu fréquente à cet âge. Peut-être

serait-elle relativement moins rare aux membres inférieurs et aux organes génitaux que partout ailleurs. En tout cas ce n'est qu'une hypothèse, car aucune statistique ne nous permet d'avoir une opinion quelconque à cet égard. Seule la comparaison avec les faits observés chez l'adulte nous fait émettre cette idée.

Devons-nous faire rentrer des causes générales dans l'étiologie de cette affection chez le nouveau-né? Faut-il invoquer une diathèse, une tare héréditaire quelconque, syphilis, alcoolisme, tuberculose, paludisme.....? Nous ne le croyons pas. Un mauvais état général, une hygiène défectueuse, la misère physiologique? Pas davantage. Ces diverses données seraient plutôt des facteurs de gravité que des causes d'infection gangreneuse. Nous nous en rendrons compte par la suite.

Faut-il aussi invoquer des influences cosmiques? Contrairement à l'opinion courante en effet, le froid serait aussi funeste que la chaleur aux malades et aux blessés.

Lamothe dans son traité de chirurgie cite des exemples à ce sujet (t. II, p. 301). Plusieurs autres auteurs, Delens en particulier (société clinique, avril 1880) sont du même avis.

Il est un fait certain, c'est que nos petits malades sont venus à l'hôpital par une température plutôt froide et humide. Ramenés chez eux chaque jour — puisque, nourris au sein, ils ne pouvaient être admis dans aucun service — il n'est pas impossible que l'influence de la saison se soit manifestée d'une façon néfaste. L'on sait d'ailleurs la susceptibilité absolument particulière du nouveau-né au refroidissement.

La véritable cause occasionnelle de ces deux lymphangites semble devoir être rattachée à une origine locale. De part et d'autre la maladie débute par une lymphangite de la région supéro interne des cuisses ; c'est là évidemment que doit se trouver la porte d'entrée de l'infection, c'est là qu'on pourra la découvrir.

Malgré les recherches les plus minutieuses, malgré l'interrogatoire le plus serré qu'on a fait subir aux parents, il nous a été impossible d'obtenir, aussi bien d'un côté comme de l'autre, un résultat positif. Mais sachant que « la plus légère excoriation, le traumatisme le moins grave, peuvent devenir le point de départ de la maladie » (1), nous sommes tenté d'admettre qu'une solution de continuité passée inaperçue sur cette peau fine, une piqure d'épingle, un simple coup d'ongle..... aura suffi pour permettre l'entrée des agents infectieux. Et certes ces derniers sont loin de faire défaut à ce niveau : matières fécales, urine, poudres inertes septiques ou simplement fermentescibles comme la poudre d'amidon....

Des recherches bactériologiques eussent été nécessaires. Car s'il est un point qui reste obscur dans l'histoire de la lymphangite gangreneuse, dont nous connaissons si bien l'évolution clinique, c'est sa pathogénie.

En 1880, M. Jalaguier disait : « La lymphangite n'est arrivée à produire le sphacèle que par une voie détournée, c'est-à-dire en provoquant une inflammation fibrineuse du derme et une irritation nutritive des éléments conjonctifs tellement intense, que les produits de nou-

(1) Thèse de Jalaguier. Paris, 1880.

velle formation, au lieu de se ramollir peu à peu pour donner lieu à une suppuration, sont morts presque aussitôt qu'ils ont paru. »

Nous ne pouvons plus aujourd'hui nous contenter de cette explication ; car, si telle est la cause de la mortification des tissus, il reste encore à trouver la raison d'être du processus gangreneux angioleucitique.

Il y avait donc indication ou jamais de faire des cultures. Malheureusement nos deux petits malades étaient à une période trop avancée de leur maladie, et les parties atteintes étant vraiment trop souillées par l'urine et les matières fécales, pour que nous ayons songé à les faire servir à éclairer la question de la lymphangite gangreneuse au point de vue bactériologique.

Lallemant, dans sa thèse précédemment citée, se fonde sur des examens microbiologiques, pratiqués par M. Duclaux, pour attribuer la gangrène foudroyante des organes génitaux à la présence de microcoques isolés ou associés deux à deux, « ayant, au point de vue de leurs effets pathologiques, beaucoup d'analogie avec les microcoques du bouton de Biskra. »

Plus récemment, Bonnières, dans une thèse soutenue à Lille, et inspirée par le professeur Leloir, mentionne des résultats analogues ; il dit avoir retrouvé les mêmes microorganismes.

Cette question de bactériologie — encore incomplètement approfondie — nous semble devoir être reprise et élucidée plus complètement.

Mais revenons à la lymphangite gangreneuse chez le nouveau-né.

Le moment est venu de la voir évoluer dans sa localisation du scrotum et de publier les deux observations dont nous avons déjà parlé.

OBSERVATION I (*inédite*).

Le 8 mars 1899, on amène à la consultation de M. le Dr Bruu, salle Molland de l'hôpital des Enfants Malades, un petit nourrisson âgé de dix-sept jours ; il présentait une tuméfaction énorme du scrotum qui avait les apparences d'un érysipèle gangreneux. C'était le diagnostic qu'avait porté le médecin, en ville, quelques jours auparavant.

Envoyé tout d'abord dans un service de médecine, où on l'avait examiné superficiellement, on avait diagnostiqué une infiltration d'urine.

Avant d'aller plus loin, disons que l'enfant, étant nourri au sein, n'a pas pu être admis à l'hôpital. Quant à la mère, c'était une bretonne, de santé excellente, habitant Paris depuis peu.

L'affection avait débuté par une inflammation de la partie supéro-interne des cuisses. Des plaques rougeâtres de lymphangite avaient été le premier symptôme. Puis la tuméfaction était apparue, s'étendant vers le scrotum. Celui-ci, en l'espace de deux jours, s'était enflammé ; et, au moment où on amenait l'enfant, il atteignait le volume du poing.

Il fut impossible de trouver un point de départ, et c'est en vain que l'on interroge sur ce sujet les parents. Il n'existait aucun bouton, aucune écorchure pouvant mettre sur la voie.

Le scrotum, très augmenté de volume, présentait sur la ligne médiane, à la partie la plus inférieure, une plaque blanchâtre de sphacèle, de 2 centimètres carrés de surface environ, limitée par une zone verdâtre qui se fondait graduellement avec la couleur

rouge des parties environnantes. Dans les parties déclives se trouvaient des phlyctènes remplies de sérosité roussâtre.

Là s'arrêtaient les phénomènes morbides. La tuméfaction des cuisses avait presque disparu ; et, au dire des parents, elle aurait diminué à partir du moment où l'inflammation avait envahi le scrotum. Le fourreau de la verge était enflammé, tuméfié, mais non sphacélé.

On jugea l'état si grave, que M. Brun pensa que le malade ne passerait pas la journée. Toutefois on pratiqua une large incision de chaque côté de la ligne médiane, dans un tissu gélatineux et infiltré. Ces incisions, profondes de 3 centimètres environ, donnèrent issue à une sérosité louche qui s'écoula lentement.

L'enfant avait peu de fièvre, dormait assez bien et se plaignait peu. Il avait bien tété jusqu'alors ; mais il avait une diarrhée verdâtre abondante, seul symptôme dénotant un retentissement réel du processus morbide sur l'état général.

On fit un lavage au sublimé à 1/1000 et un pansement humide à l'aide de compresses stérilisées.

9 mars. — Le lendemain, l'enfant revint. L'état général était resté le même, les fonctions organiques continuaient à s'accomplir relativement bien. Il s'était moins plaint que les jours précédents.

Le pansement enlevé, on constata qu'il s'était formé une large eschare comprenant toute la zone verdâtre de la veille, de la grandeur d'une pièce de 5 fr. Elle semblait se séparer nettement des tissus vivants par une ligne de transition bien accusée.

La plaie était souillée par l'urine et les matières fécales. On renouvela le pansement après un lavage au sublimé.

Les jours suivants, le sillon limitatif entre le vif et le mort se dessine toujours davantage. L'état général se maintient toujours très bon. L'enfant dort et tète très régulièrement. La diarrhée continue, mais moins intense. L'eschare semble devoir se détacher et s'éliminer. Les mêmes soins sont continués.

Enfin, le 13 mars, on met un pansement sec. Par suite de l'adhérence de l'eschare à la gaze, on enlève le lendemain toute la zone mortifiée. Les deux testicules sont alors à nu dans le scrotum. La partie sous-jacente est enflammée, rouge, mais non sphacélée. Il en est de même du reste du sac scrotal et de la cloison. La plaie a, somme toute, un bon aspect.

Lavage antiseptique et pansement humide à nouveau. Ces pansements sont ainsi renouvelés pendant toute la durée du mois de mars. L'état général est toujours satisfaisant, avec de légères variations. Le scrotum bourgeonne et entoure peu à peu les testicules qui lui deviennent adhérents. On rompt les adhérences avec la sonde cannelée; mais elles se reforment si rapidement, qu'on est obligé, pour les prévenir, d'interposer de la gaze entre le scrotum et les testicules. On alterne les pansements humides et les pansements secs.

L'état reste stationnaire pendant tout le mois de mars, sans complication aucune. L'enfant, très bien soigné chez lui, nourri au sein par une mère de santé excellente, se développe très rapidement.

Le tissu cicatriciel recouvre les testicules, et les deux parties du scrotum se rejoignent sur la ligne médiane. Une suture, tentée le 29 mars, après avivement, n'a aucun succès.

8 avril. — Le scrotum s'étant reformé complètement, on en resèque les parties qui dépassent la ligne médiane et on réunit par trois points de suture.

16 avril. — On enlève les fils, la suture est complète.

Pendant quelques jours, on fait des injections d'eau bouillie dans l'intérieur du scrotum, par une fistule ménagée à une extrémité de la ligne de suture.

Enfin le 25 avril on cesse tout pansement. A ce moment le scrotum est complètement fermé sur la ligne médiane; l'enfant est très bien portant. Les testicules sont conservés, car on les

sont très nettement à travers les parois du sac. Toutefois on n'a pas pu empêcher leur adhérence.

OBSERVATION II (*inédite*).

Le 4 mai 1893 est amené dans le service de M. le Dr Brun un nouveau-né, âgé de 21 jours, atteint d'une affection dont le début remonte au 29 avril.

Bien que né à terme, l'enfant semble débile. D'ailleurs sa mère, qui le nourrit, est chétive, peu vigoureuse, habitant Paris depuis très longtemps.

Une tuméfaction de la partie supéro-interne des cuisses s'était déclarée six jours auparavant. Rouge, enflammée, elle avait gagné peu à peu le scrotum, et depuis n'avait pas diminué un seul instant.

Un médecin, consulté en ville, ne porta aucun diagnostic ; il ordonna des applications de vaseline boriquée et de l'eau de Vals à l'intérieur par cuillerées à café. Ce fut lui qui, lorsque la tuméfaction envahit le scrotum, envoya le petit malade à l'hôpital. Mais, allaité par sa mère, on l'accepta pour le soigner, sans pouvoir toutefois l'admettre dans le service.

Les parents sont dans l'impossibilité de préciser le point de départ de l'affection. En tout cas on ne trouve aucune écorchure, ni aucun bouton dans la zone enflammée.

L'enfant n'a bien tété que les deux premiers jours de sa maladie. A partir de ce moment il s'est plaint beaucoup, n'a plus dormi et s'est cachectisé très rapidement. Cependant pas de diarrhée.

Le scrotum atteint le volume du poing ; il est enflammé, rouge à la partie supérieure, à la limite des cuisses. A la partie inférieure, il revêt une teinte jaune verdâtre qui entoure une plaque

très blanche de sphacèle offrant le diamètre d'une pièce de cinquante centimes.

La tuméfaction des cuisses a persisté et même s'est accusée davantage. Elle s'étend presque jusqu'aux genoux et a gagné la face antérieure du membre.

Le scrotum est dur à la pression, résistant ; à la partie déclive, on voit une phlyctène qui vient de s'ouvrir, laissant échapper une sérosité de teinte louche.

L'inflammation a gagné la verge également. On constate à la partie supérieure du prépuce une petite eschare blanchâtre légèrement allongée selon le grand axe du pénis.

L'enfant se plaint beaucoup, il n'a pas tété depuis la veille.

On fait de chaque côté de la ligne médiane une incision qui lui est parallèle. Il s'écoule aussitôt une légère quantité d'un liquide de coloration brune.

Le lendemain l'état paraît s'aggraver. En une nuit, la cachexie s'est extrêmement accentuée. Le faciès est pâle, les pommettes saillantes, le pouls rapide, les yeux brillants. Le petit malade s'est plaint toute la nuit et n'a pas dormi un seul instant. Il pleure sans interruption et ne veut plus téter.

Le scrotum est toujours tuméfié. Une sérosité de plus en plus louche s'écoule avec persistance. La teinte verdâtre a envahi les bourses dans la presque totalité du côté droit. Aucun sillon limitatif n'a tendance à se former.

On renouvelle le pansement humide, après lavage au sublimé à 1/1000. Mais l'enfant est mourant au moment où il quitte l'hôpital.

Si nous résumons en deux mots ces observations nous voyons que des enfants nouveau-nés, atteints l'un et l'autre de lymphangite réticulaire aiguë au niveau de la partie supéro-interne des cuisses, de-

viennent mourants en l'espace de quelques jours, par l'extension du processus inflammatoire au scrotum, et par le développement extrêmement rapide d'une plaque de gangrène à la partie médiane de cet organe.

Cette plaque, chez le premier enfant, tombe en sphacèle en l'espace de quelques jours, sans que les parties sous-jacentes au tissu sous-cutané aient subi la plus légère atteinte de mortification.

Le second meurt avant la chute de l'eschare ou plutôt des deux eschares, car il s'en était développé une petite au pénis.

Il est inutile de discuter longuement un diagnostic qui s'impose.

Le limbe dentelé, déchiqueté, « analogue aux contours géographiques des îles », de nos surfaces enflammées, différait de la façon la plus catégorique d'avec le bourrelet érysipélateux.

La rougeur n'affectait pas ce gonflement rouge, énorme, sans tendance limitative aucune, du phlegmon diffus.

L'infiltration urineuse pouvait, il est vrai, donner le change au début; l'examen succinct dans un service de médecine avait éveillé une semblable idée au sujet de notre premier petit malade. Mais les organes urinaires intacts, l'absence de l'aspect phlegmoneux d'ordinaire si caractéristique, de cet empatement œdémateux qui envahit à la fois le scrotum et le périnée, enfin l'apparition des phlyctènes, mirent sur la voie du diagnostic vrai.

Nous ne ferons que citer sans discussion la pustule

maligne, la maladie charbonneuse, ces gangrènes partielles traumatiques ou diathésiques qui atteignent si profondément les tissus atteints, toutes maladies capables de produire la gangrène des organes génitaux, mais qui ne peuvent vraisemblablement pas être confondues avec l'affection qui nous occupe.

Nous trouvons donc réunis, dans chacune de ces observations, tous les caractères qui doivent nous faire porter le diagnostic certain de lymphangite aiguë à forme gangreneuse.

Or, à la lecture, deux gros points nous ont particulièrement intéressés. D'une part la marche du processus inflammatoire et la forme consécutive de la mortification. D'autre part la gravité exceptionnelle de cette affection chez le nouveau-né.

Quelques considérations à ce sujet vont faire l'objet des deux paragraphes qui vont suivre.

I. On sait que la marche ordinaire de toute lymphangite est ascendante : l'inflammation angioleucitique est directe, elle suit le courant lymphatique. Or si nous nous rappelons le trajet des capillaires lymphatiques du scrotum, nous constatons que dans le cas présent il en est tout autrement. C'est l'inverse qui se produit.

D'abord voyons rapidement l'anatomie lymphatique de la région : « extrêmement multipliés, dit Sappey, et très faciles à injecter, les vaisseaux blancs vont se terminer dans les ganglions inguinaux. La p'upart se portent en haut et en dehors. Ceux qui se trouvent les plus rapprochés du raphé médian, cheminent d'avant en

arrière jusqu'à la racine de la verge, et se coudent ensuite pour se diriger au dehors. »

Or c'est un phénomène vraiment curieux que de voir nos lymphangites, partant de la cuisse pour gagner le scrotum, remonter ainsi le courant lymphatique. Cette invasion secondaire de l'enveloppe scrotale est un type frappant de ce que l'on appelle « la lymphangite rétrograde. »

Nous trouvons dans la thèse de M. Jalaguier, un cas qui présente à ce sujet une analogie presque parfaite avec les deux nôtres. C'est une angioleucite qui, « partie d'une ulcération inguinale, descendit sur la verge et y détermina une gangrène de la peau du fourreau (1). »

Il n'y a pas longtemps, quelques chirurgiens refusaient encore d'admettre cette variété vraiment curieuse. Ils niaient à la lymphangite toute marche dans un sens centrifuge, et voyaient là une différence essentielle entre la lymphangite et l'érysipèle. Mais aujourd'hui ce mode de propagation inflammatoire est admis sans exception.

Voici donc la lymphangite qui a envahi le scrotum. Il est intéressant de connaître la profondeur exacte des lésions gangreneuses consécutives, et la variété de mortification à laquelle elles doivent être rattachées.

Si nous nous en rapportons à une observation de Gosselin que nous avons citée antérieurement, nous voyons une « eschare énorme, molle, grisâtre, sans odeur bien appréciable, occupant presque toute l'étén-

(1) Thèse Paris, 1880. Observation XI.

due du scrotum, et ayant détruit la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, *jusqu'à l'enveloppe fibreuse des testicules* qui paraissait intacte. »

Or, dans notre premier cas, le seul où la plaque de sphacèle se soit détachée complètement, les limites, en profondeur, de la mortification, ne présentent aucune netteté. Les testicules étaient à nu, et nous ne saurions dire si la gangrène s'arrêtait devant la vaginale ; si la couche fibreuse avait cessé de vivre, ou si, déchirée vu sa faible consistance à cet âge, elle s'était rétractée et avait disparue sous les parties saines.

La seule chose que l'on puisse affirmer, c'est que la sérosité louche qui, de part et d'autre, s'écoula après les incisions profondes précédemment décrites, siégeait à travers les mailles de la trame celluleuse de tissu conjonctif lâche, appelé « fascia de Cooper ». C'est là, comme on le sait, le lieu des infiltrations pathologiques des bourses.

A quelle variété de mortification faut-il rattacher les deux lymphangites gangreneuses ?

A la *noire*, avec toutes les teintes foncées qui s'y rattachent, ou à la *blanche* ?

Ce sont en effet les deux colorations fondamentales que revêtent sur la peau les eschares des lymphangites en question.

La définition exacte de la gangrène blanche, dite de Quesnay, et sa distinction définitive d'avec la première variété, sont de dates relativement récentes, puisqu'elles ne remontent véritablement qu'à la thèse de M. Jalaguier.

Signalée pour la première fois par Quesnay, d'après une observation de Peyronnet, puis revue par Hébert-Mayo, Nélaton, Quinquand, Billroth, M. Fournier, elle avait été confondue par Maurice Raynaud, par Spillman et tous les classiques avec la gangrène par cadavérisation de Cruveilhier. Elle consiste en une eschare en plaque nettement limitée, qui devient blanche, non pas d'un blanc gris sale, mais d'un blanc de lait. Elle attire d'autant plus les regards que la peau environnante est généralement rouge et enflammée.

En lisant nos observations on a pu constater que, toutes deux, nous offraient le type franchement dessiné de la gangrène blanche.

Est-ce à dire pour cela, que la lymphangite gangreneuse chez le nouveau-né, en particulier au scrotum, ait une tendance à affecter cette forme. Nous ne pouvons pas l'affirmer, avec le nombre si restreint de nos observations. Nous nous contentons de poser la question.

II. — C'est un fait d'observation quotidienne que les affections, qui se rapportent au système lymphatique, sont plus fréquentes, chez les nouveau-nés et dans la jeunesse, qu'à n'importe quel autre âge de la vie.

Certaines affections sont même le triste apanage du jeune âge. Pour n'en citer que deux exemples, il y a les engelures, ou encore le lymphatisme, nous voulons dire ce dernier vestige de l'ancienne scrofule ; « prenez de l'âge », ordonnera le médecin à ses petits malades. C'est bien là en effet le meilleur et le plus fidèle des remèdes.

Que l'on suive assidûment le service d'une maternité, et l'on verra que, malgré la surveillance de tous les instants, à laquelle sont soumis les nourrissons, l'infection lymphatique déjoue les soins les plus constants.

A cette fréquence s'ajoute généralement un caractère de gravité incontestable. N'a-t-on pas été frappé de l'intensité avec laquelle nos deux lymphangites gangréneuses ont retenti sur l'état général des nouveau-nés. Ils sont mourants quand on les amène à l'hôpital ; et le premier qui seul a pu échapper à la mort, était considéré comme perdu par M. le Dr Brun.

Ce dernier nous faisait récemment une communication orale, au sujet d'une lymphangite du pénis, observée chez un nouveau-né, soigné en ville par lui-même, il y a quelques années. Malheureusement nous ne pouvons présenter qu'une observation très incomplète : c'est un enfant juif chez qui le rabbin, en découvrant le gland, produisit une légère excoriation du prépuce accompagnée d'hémorrhagie. C'était une porte ouverte aux micro-organismes : la verge augmenta rapidement de volume, et une lymphangite réticulaire extrêmement aiguë envahit le fourreau. L'enfant succombait promptement à une infection généralisée.

A quoi attribuer cette fréquence et cette gravité si caractéristique ?

Est-ce à un développement exagéré du système lymphatique, « faisant prédominer dans l'expression extérieure de l'organisme les traits de la circulation lymphatique sur ceux de la circulation sanguine » (1) ?

(1) Dictionnaire Dechambre, article Tempérament.

M. Moncorvo fils manifeste une opinion analogue dans une brochure publiée à Rio-de-Janeiro en 1897, et intitulée : *Les lymphangites de l'enfance et leurs suites*. Pour lui il y a rupture de la proportion normale entre le développement du système sanguin et celui du système lymphatique. Ce dernier deviendrait très abondant relativement à la masse organique. De là « la flaccidité des tissus qui regorgent de liquide, le relâchement des trames conjonctives facilement infiltrées de sérosité, la coloration légèrement rosée de la peau, cet empâtement des formes spécial aux enfants ».

Certes nous ne nierons pas le développement considérable des lymphatiques chez les enfants. Nous dirons même avec les anatomistes, que la structure de leurs tuniques offre une solidité, une résistance à la pression, plus grande que chez les adultes.

Nous n'avons qu'à citer l'opinion de Sappey au sujet des lymphatiques du scrotum : « Chez l'adulte, dit-il, tous sont remarquables par le peu de résistance de leurs parois, qui se rompent sous la plus faible pression ; en sorte que le mercure, après avoir rempli les radicules qui leur donnent naissance, arrive assez difficilement jusqu'aux ganglions. On voit souvent le métal s'épancher sur un point quelconque de leur trajet. Chez l'enfant au contraire, ils supportent des pressions plus fortes, et se laissent plus facilement injecter. »

Nous ne contesterons pas non plus la grande énergie des échanges organiques dans le jeune âge. La dépense considérable des forces, la mobilité continuelle

chez ces petits êtres, où le mouvement est un besoin de tous les instants, en sont une preuve, ou plutôt une conséquence évidente.

Mais ne semble-t-il pas que cette lymphe si abondante soit encore trop jeune pour accomplir une des fonctions les plus importantes qui lui soit dévolu.

A l'appui de cette hypothèse, nous invoquons l'opinion de M. Rudolf Fischl, de Prague : « La phagocytose, dit-il, n'atteint jamais chez les enfants l'intensité qu'elle présente plus tard chez l'adulte. » L'enfant porterait en lui, en effet, et à profusion, des masses de combattants prêts à être envoyés aux endroits menacés ; ce que M. Duclaux, dans une récente conférence à la Sorbonne, et sous une forme humoristique, appelait : « La police de l'organisme vivant. » Mais ces combattants, trop jeunes, trop peu développés, seraient encore incapables de résister à l'invasion des micro-organismes. En somme, ce serait donc à un défaut de résistance contre l'infection qu'il faudrait attribuer la fréquence et la gravité des infections lymphatiques chez l'enfant. Et voilà sans doute pourquoi fut si profond le contre-coup subi par l'état général des deux nouveau-nés, dont nous parlions précédemment.

Un élément capital vient contrebalancer ce mauvais pronostic, c'est la qualité de l'allaitement.

Comme on l'a vu, nos petits malades sont nourris au sein par la mère. Mais tandis que l'un a pour nourrice une bretonne vigoureuse, de santé excellente, arrivée depuis peu à Paris, l'autre est allaité par une femme chétive, débilitée et habitant Paris depuis fort long-

temps. Il en résulte entre les deux une différence notable dans l'état des fonctions digestives et dans l'énergie vitale devant être mise en jeu pour lutter contre la maladie.

C'est par conséquent sur l'allaitement qu'il faut baser en grande partie la raison de survie chez le premier et de mort chez le second.

Quant à l'intervention locale, elle fut identique dans les deux cas : incisions au bistouri les plus larges et les plus profondes possible de chaque côté de la ligne médiane. On fit en sorte de ne pas atteindre les testicules, mais il faut avouer qu'on aurait pu y toucher sans le vouloir, vu l'impossibilité de prévoir leur niveau exact.

Malgré des débridements successifs chez l'enfant qui survécut, on ne put éviter l'adhérence des glandes génitales.

Il serait intéressant de suivre ce malade pour savoir si l'atrophie sera la conséquence de cette adhérence. Mais nous ne croyons pas à cette complication tardive.

Pour terminer, un mot sur la castration dans ces gangrènes dénudantes. A l'heure actuelle, universellement on peut le dire, on admet sa contre-indication.

Il y a encore quelques années, les avis cependant n'étaient pas unanimes. Et dans la relation américaine précédemment citée, on lit que cette coutume à un certain moment prévalut, au point qu'un médecin des environs de Boston intitula une observation : « Gangrène du scrotum dans laquelle on n'enleva pas les testicules. »

Donc ne jamais recourir à cette intervention radicale. Si peu qu'il reste de tissu scrotal, il ne faut pas le mépriser ; car le tissu cicatriciel, par sa rétractibilité, arrive très facilement à « rembourser » selon l'expression imagée des anciens, les testicules.

Néanmoins il pourrait arriver que les téguments trop courts soient impuissants à recouvrir les glandes et les laissent à nu ; il faudrait alors faire une véritable autoplastie des bourses, selon le procédé publié, au sujet d'une très intéressante observation, par le docteur Rascol, de Murat, en 1883, dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Mais bien extraordinaires seront les circonstances qui amèneront un médecin à pratiquer cette intervention chez un nouveau-né. Car l'enfant, devant ces grandes pertes de substance, et avec les faibles moyens de défense qu'on lui connaît, aura déjà succombé à l'infection.

CONCLUSIONS

I. — Les gangrènes appelées foudroyantes par Verneuil, spontanées par M. le professeur Fournier, et qui, sans cause apparente, frappent particulièrement les enveloppes des organes génitaux externes de l'homme, semblent pouvoir être toutes rattachées à la lymphangite à forme gangreneuse.

II. — La lymphangite gangreneuse du scrotum revêt chez le nouveau-né un caractère de gravité qu'elle n'a pas chez l'adulte, et tend toujours à retentir profondément sur son état général. Le pronostic, des plus sombres, est fatalement lié à l'état bon ou mauvais des fonctions digestives de l'enfant.

III. — Devant cette dernière affection, deux grandes indications thérapeutiques s'imposent :

a. Grandes et profondes incisions — soit au bistouri, soit au thermocautère — au niveau des régions gangrénées, sans jamais avoir recours à la castration.

b. Surtout — et avant toute autre chose — assurer au petit malade un allaitement soigneusement réglé.

Agir par une intervention locale rapide et antiseptique, sauvegarder la nutrition dans la mesure du possible, tel sera le traitement en deux mots. C'est là, semble-t-il une question de vie ou de mort pour le nouveau-né.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALLEN. — Journal of cutaneous and génito-urinary diseases. Février 1894, page 35.
- BILLROTH. — Pathol. chirurg. générale, page 316.
- BLANDIN. — Note communiquée à Nélaton. Pathol. chirurg. de Nélaton, t. I, page 554, 1857.
- BOUILLAUD. — 1834. Art. Lymphangite. Diction. en 15 vol.
- BOUREL-RONCIÈRE. — 1872. La station navale du Brésil et de la Plata.
- BROCA. — Rapidité de la gangrène chez les alcooliques. Journal de méd. et chir., 1876.
- CUVEILHIER. — 1862. De la gangrène dans ses rapports avec l'inflammation. — De la gangrène par cadavérisation. — Anat. pathol. générale.
- DECHAMBRÉ. — Dictionnaire. — Art. Tempérament.
- FOURNIER. — Semaine médicale, 1883.
- GAZETTE DES HOPITAUX. — 1883. Communication du Dr Rascol de Murat.
- GOSSELIN. — Art. érysipèle. — Dict. de méd. et chir. pratiques, t. XIV.
- GOSSELIN. — Erysipèle gangréneux simulant une pustule maligne. Journal de médecine, 1871.
- GOSSELIN. — Clinique chirurgicale à la Charité, 1879. Gazette des hôpitaux, page 131.

- HEBERT-MAYO. — Journal des Connaissances méd. chirurg. de Paris, 1837, page 71.
- JALAGUIER. — De la lymphangite à forme gangréneuse. Thèse de Paris, 1880.
- LALLEMANT. — Gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme. Thèse de Paris, 1884.
- LAMOTHE. — Traité de chirurgie, t. II, page 301.
- LE DENTU. — 1873. Art. Lymphatique. Dic. de méd. et chir. pratiques.
- MONCORVO FILS. — Les lymphangites de l'enfance et leurs suites. Brochure de 333 pages. Rio-de-Janeiro, 1897.
- NÉLATON. — 1857. Pathol. chirurg., t. I, page 554.
- OLLIVIER (d'Angers). — 1838. Art. Lymphatique. — Dict. en 30 vol.
- POUSSEON. — Communication faite à Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, dans la séance du 8 mars 1895.
- QUESNAY. — Gangrène blanche. — Traité de gangrène, 1749.
- QUINQUAUD. — 1874. Œdème aigu angioleucitique. — Compte-rendu de l'Académie des Sciences, 2 mars 1874.
- M. RAYNAUD. — 1873. De l'érysipèle et de ses relations avec les maladies infectieuses. — Disc. Soc. méd. hôp.
- SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Chassaignac, Desprès, Le Fort, Panas, Trélat, Verneuil. Disc. sur l'érysipèle. — Bull. Soc. chirurg., séances du 24 avril au 24 juillet 1872.
- TAURIN. — Contribution à l'étude de la lymphangite gangréneuse du pénis. Thèse Paris. 1889.

